



**Ministério Público da União**  
**Programa de Saúde e Assistência Social – PLAN–ASSISTE**



**FICHA DE INSCRIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS**

**1 – DADOS DO TITULAR (Preencher com letra de forma)**

1 – Nome	2 – Matrícula
----------	---------------

**2 – DADOS DO DEPENDENTE**

1 – Nome do dependente	Nome Social (PORTARIA PGR/MPU Nº 7, DE 1º DE MARÇO DE 2018)		
4 – Tipo de Dependência			
<input type="checkbox"/> Filhos e enteados acima de 21anos, solteiros e dependentes econômicos	<input type="checkbox"/> Pessoas solteiras,sem rendimentos, entre 18 e 21 anos (ex–guarda ou tutela)	<input type="checkbox"/> Pessoas sob curatela e dependentes econômicos	
<input type="checkbox"/> Pais amparados pela NC 14/2019	<input type="checkbox"/> Ex–cônjuge/ex–companheiro decisão judicial ou escritura pública	<input type="checkbox"/> Pessoas solteiras, sem rendimentos e estudantes, entre 21 e 24 anos (ex–guarda ou tutela)	
5 – Data de nascimento	6 – Sexo	7– Naturalidade	8 – Estado Civil
9 – CPF	10 – Identidade		11– Órgão Emissor / UF
12 – Filiação 1		13 – Filiação 2 (preferencialmente o nome da mãe)	

1 – Nome do dependente	Nome Social (PORTARIA PGR/MPU Nº 7, DE 1º DE MARÇO DE 2018)		
2 – Tipo de Dependência			
<input type="checkbox"/> Filhos e enteados acima de 21anos, solteiros e dependentes econômicos	<input type="checkbox"/> Pessoas solteiras, sem rendimentos, entre 18 e 21 anos (ex–guarda ou tutela)	<input type="checkbox"/> Pessoas sob curatela e dependentes econômicos	
<input type="checkbox"/> Pais amparados pela NC 14/2019	<input type="checkbox"/> Ex–cônjuge/ex–companheiro decisão judicial ou escritura pública	<input type="checkbox"/> Pessoas solteiras, sem rendimentos e estudantes, entre 21 e 24 anos ( ex–guarda ou tutela)	
3 – Data de nascimento	4 – Sexo	5 – Naturalidade	6 – Estado Civil
7 – CPF	8 – Identidade		9 – Órgão Emissor / UF
12 – Filiação 1		13 – Filiação 2 (preferencialmente o nome da mãe)	

**3 – TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Pelo presente termo de responsabilidade declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos que determinam a exclusão do(s) dependente(s) indicados: óbito do beneficiário especial, alteração do estado civil e fim da dependência econômica.

Estou ciente de que a minha contribuição mensal sofrerá o acréscimo, por beneficiário especial incluso, de 2% da maior remuneração do cargo de analista do Ministério Público da União, considerando-se para este fim o somatório do vencimento básico e a GAMP (art. 1º, § 4º da norma Complementar nº 13 do Regulamento Geral do Plan-Assiste) e que, para os beneficiários pais amparados pela Norma Complementar nº 14/2019, de 22/03/2019, aplica-se para fins de contribuição mensal o disposto no art. 1º, § 3º, da Norma Complementar nº 14, de 22/03/2019 (acrécimo de 50% sobre a contribuição prevista na Alínea “d” do art. 5º da Norma Complementar nº 13). Para o beneficiário especial ex-cônjuge, a contribuição mensal corresponderá a 3,5% da maior remuneração do cargo de analista do Ministério Público da União, conforme Norma Complementar nº 13, de 21/07/2017, alterada pela Norma Complementar nº 16, de 30/09/2019.

Estou ciente ainda de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido sujeitar-me-á às penalidades previstas em norma específica e no Regulamento Geral do Plan-Assiste.

<b>Data de Inscrição</b> / /	Assinatura do titular
---------------------------------	-----------------------

**4 – PARA USO EXCLUSIVO DO PLAN–ASSISTE**

<input type="checkbox"/> Cédula de Identidade	<input type="checkbox"/> Inscrição com carência 90 dias – até ____/____/____ 180 dias – até ____/____/____ 300 dias – até ____/____/____ 24 meses – até ____/____/____
<input type="checkbox"/> Comprovante de remuneração percebida no Órgão Cedente ou cessionário	
<input type="checkbox"/> Inscrição sem carência	

Preenchido e conferido conforme as informações e documentação apresentada

Local e Data	Assinatura / Carimbo
--------------	----------------------